

DIRETRIZES 2010 PARA A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR
 2010 GUIDELINES FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

Reginaldo Passoni dos Santos¹, Janaina Verônica Lahm², Simone Pereira Silva³, Déborah Ribeiro Carvalho⁴

RESUMO

Este artigo descreve as atualizações para as diretrizes 2010 da Ressuscitação Cardiopulmonar em comemoração ao quinquagésimo aniversário da Ressuscitação Cardiopulmonar moderna, lembrado por meio da publicação das diretrizes americanas. Tais diretrizes admitem, dentre outras, a alteração na sequência de Suporte Básico de Vida de “A - B - C” para “C - A - B”, e sequência 30 x 2 (compressões x ventilação por minuto). A partir da simplificação do algoritmo, mais socorristas leigos poderão fornecer ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade. Os cuidados pós ressuscitação devem ser empregados de forma holística para que as taxas de sobrevivência sejam aumentadas e se erradiquem as sequelas neurológicas, ou estas sejam minimizadas.

Descritores: ressuscitação cardiopulmonar, parada cardíaca, assistência ao paciente, sobrevivência.

ABSTRACT

This article describes the updates to the new guidelines of cardiopulmonary resuscitation in 2010 to commemorate the fiftieth anniversary of modern cardiopulmonary resuscitation remembered by American publication guidelines. These guidelines present new improvements, such as the change in the sequence of basic life support from “A-B-C” to “C-A-B” and 30x2 sequence (compressionsxventilations per minute). With the simplification of the algorithm, more non-professional rescuers can provide high-quality cardiopulmonary resuscitation. The post resuscitation care should be employed holistically so that survival rates are increased and neurological sequelae are eradicated or minimized.

Key-words: cardiopulmonary resuscitation, heart arrest, patient care, survival.

INTRODUÇÃO

O ano de 2010 foi marcado pela comemoração no campo das ciências médicas e da saúde, do jubileu de ouro da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) moderna.¹ Para celebrar este marco histórico, publicaram-se em outubro daquele ano, as atualizações das diretrizes para a ressuscitação cardiopulmonar da *American Heart Association* para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento de Emergência Cardiovascular.² A publicação originou-se de um minucioso e especializado trabalho de revisão com base em evidências científicas – realizado pela *American Heart Association* (AHA) e a *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) – do qual participaram 356 especialistas de 29 países.^{2,3} A importância dessa revisão é oportunizar as novas estratégias para uma intervenção rápida e segura tanto para os leigos e profissionais da área da saúde quanto aos pacientes que receberão de forma eficaz a prestação dos socorros.

REVISÃO DE LITERATURA

Para a elaboração das Diretrizes 2010,² a busca por uma RCP de alta qualidade foi o foco principal das discussões e de debates,^{2,3} que juntamente com determinadas evidências – situações vivenciadas por todos socorristas – contribuíram significativamente com as buscas científicas.³ Desse modo, as novas diretrizes abordam a ciência da ressuscitação a partir de quatro pilares que interagem entre si, sendo eles: (1) mesmo diante do grande avanço no que diz respeito às manobras de ressuscitação desde 2005, muito tem a se melhorar; (2) o grau de disparidade existente entre os Serviços Médicos de Emergência (SME) no que tange à sobrevivência à RCP é preocupante;³ (3) a maioria dos clientes não recebe nenhum tipo de pronto atendimento referente à RCP;¹⁻³ (4) sendo abordadas pela primeira vez nas Diretrizes 2010,² as recomendações para a melhoria na qualidade dos cuidados pós RCP são apresentadas de modo muito especial.^{2,4} Assim, com o objetivo de prevenir a morte cardiovascular prematura,¹ a comunidade científica mundial reorganizou as recomendações de tratamento, possibilitando a padronização internacional do atendimento lançando as Diretrizes 2010.²

Todo paciente que apresenta um quadro de parada cardiorrespiratória (PCR) é visto em situação de emergência pela equipe de saúde.⁵ Por se tratar de um evento “marcado pela imprevisibilidade”, o atendimento fora do ambiente hospitalar é vítima de PCR tornou-se um grande desafio ao prestador.²⁻⁵

Recomendações da AHA apontam que a verificação do pulso, feita por profissional de saúde, não deve ultrapassar 10 segundos. No entanto, esta é a primeira barreira aludida pelos socorristas: ter a convicção plena da ocorrência de PRC.^{2,3} Outro ponto merecedor de destaque, advindo das Diretrizes 2010² e que também se apresentam como barreira para o início imediato das manobras de RCP, relaciona-se com o estar disposto a realizar a RCP, se mostrar capaz de agir.² Infelizmente, a ressuscitação cardiopulmonar é realizada em menos da metade das vítimas,¹⁻³ e estima-se que esta se dê efetivamente em apenas 15% a 30% dos casos.⁶

Muitos dos motivos citados por socorristas leigos, e até mesmo treinados, para tentarem se justificar sobre o não agir, relacionam-se à preocupação com a transmissão de afecções relacionadas ao procedimento de ventilação boca-a-boca.⁴ Além disso, tal manobra é considerada complexa e difícil de ser realizada, tornando-se também uma barreira ao “querer fazer”.^{3,6}

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 127 - 130, 2012

1. Acadêmico do curso de Enfermagem - PUC-PR

2. Enfermeira da Unioeste, docente do curso de Enfermagem - PUC-PR

3. Docente do curso de Enfermagem - PUC-PR

4. Docente do curso de pós-graduação em Tecnologia em Saúde - PUC-PR

Recebido em 26/9/2012. Aceito para publicação em 9/11/2012.

Contato: reginaldo.passoni@pucpr.br

As novas diretrizes são fruto de um extenso trabalho de revisão realizado por peritos em RCP do mundo todo. Após análises dos diversos aspectos envolvidos, é enfatizada a extrema necessidade em dar continuidade à RCP de alta qualidade, sendo que esta se daria – conforme recomendações das novas diretrizes – por meio de: (1) compressão torácica de frequência e profundidade adequada; (2) permissão do completo retorno torácico; (3) minimização máxima das interrupções; (4) estabelecimento da proporção de 30 compressões para 2 ventilações por ciclo, exceto em crianças e bebês (que continua com a proporção 15:2); (5) contenção da ventilação excessiva.^{2,4}

Todavia, a mudança de maior destaque nas novas diretrizes, certamente ficou por conta da alteração no algoritmo lógico de realização das manobras. A partir das Diretrizes 2010,² a recomendação para reanimação cardiovascular passou de “A-B-C” para “C-A-B”, iniciando o Suporte Básico de Vida (SBV) por meio das compressões torácicas,^{2,3,8-9} conforme compara a tabela 1. Mas não é apenas isto. Os motivos para a recomendação vão além de uma mera alteração na ordem que, apesar de parecer simples, imprime o grande avanço de meio século de estudos em

ciência da ressuscitação.¹ Consequentemente, para desvelar os verdadeiros motivos desta alteração, a questão a se fazer é por que iniciar o SBV através das compressões torácicas?

Estudos demonstram que a imensa maioria das PCRs ocorre em adultos e nessa direção os resultados das investigações apontam como sendo a fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso como a causa primária de parada cardíaca; em alguns casos também é verificada assistolia e atividade elétrica sem pulso.^{2,3-10} Para estes pacientes é essencial que o suporte se inicie através das compressões torácicas o quanto antes.²⁻³ Além do mais, tendo como foco primário da RCP a manutenção da vascularização do órgão-alvo, a massagem cardíaca eficaz permite irrigação sanguínea contínua do coração para o cérebro,⁴ o que minimiza os problemas neurológicos relacionados com a parada.²⁻³ Com isso, e baseando-se em evidências atualizadas, estes motivos foram mais que suficientes para que a AHA, em consenso com a ILCOR, fixasse novos protocolos de atendimento e cuidados aos acometidos por parada cardiorrespiratória.²⁻³

Tabela 1. Principais mudanças no suporte básico de vida

PRINCIPAIS MUDANÇAS NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA		
Recomendações em 2005	Recomendações em 2010	Justificativa
Iniciar o SBV com os passos “A-B-C” para socorristas que atuam sozinhos.	Iniciar o SBV com os passos “C-A-B” para socorristas leigos treinados, também se aplica a profissionais de saúde.	Os elementos iniciais críticos de SBV são compressões torácicas e a desfibrilação precoce.
“VER, OUVIR e SENTIR” se há respiração.	“VER, OUVIR e SENTIR” removido do algoritmo atual de SBV.	O procedimento é inconsistente e consome tempo.
Taxa aproximada de compressão: 100/minuto.	Taxa mínima de compressão: 100/minuto.	O número de compressões por minuto é fator determinante do Retorno da Circulação Espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica.
Pressionar o esterno adulto cerca de 4 a 5 cm.	Pressionar o esterno adulto no mínimo 5 cm.	Compressões adequadas geram fornecimento de fluxo sanguíneo, oxigênio e energia.
Não há orientações diferentes para socorristas treinados e não treinados referente à reanimação de vítima adulta de mal súbito.	Se um espectador não é treinado em RCP, este deve fornecer reanimação só com compressão para a vítima adulta de colapso súbito.	Uma RCP só por compressão realizada por um transeunte aumenta a possibilidade de sobrevivência a uma parada cardíaca caso não haja nenhuma RCP.

Fonte: Adaptado de American Heart Association (AHA)

No entanto, ressalta-se que esta modificação é apenas para o atendimento a adultos, pois, para atendimento a crianças e bebês – exceto em comprovada PCR por causa cardiovascular – a conduta deve ser seguida conforme recomendações anteriores, primeiramente priorizando-se o *airways*.^{2,3} Isto porque a maioria das paradas cardiorrespiratórias em crianças e recém-nascidos ocorrem por asfixia,^{2,3} sendo a mesma responsável por mais de 20% das mortes neonatais.⁷

Com o novo algoritmo simplificado de SBV para adulto, qualquer um poderá fornecer pronto atendimento imediato ao paciente em PCR por meio da RCP, pois a mesma deve iniciar tão logo seja verificado que o paciente não esteja responsivo, se encontre sem respiração, ou esteja anormal (*gasping*, respiração agonizante). Confirmada tal situação, o serviço médico de emergência deve ser acionado imediatamente, ao passo que, no mesmo instante, se inicia a ressuscitação cardiopulmonar somente com as mãos.⁸⁻¹⁰ Enquanto isso, dispondo a situação de um terceiro prestador, este deve providenciar um Desfibrilador Externo Automático (DEA) sem demora, então, se fizer necessário, o choque deve ser aplicado precocemente. Do contrário, sendo o atendimento fornecido por apenas um socorrista, este deve ativar o SME e iniciar a RCP somente com as mãos, dando, assim, início à chamada Ressuscitação Cardiocerebral (RCC) até a chegada da equipe multiprofissional especializada.^{2,4}

Finalizando, as Diretrizes 2010² incluem um quinto elemento aos algoritmos do Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) para adulto, que se refere aos “cuidados pós-PCR integrados”, enfatizados pela ideia de se estabelecer melhores índices de sobrevivência no pós-alta hospitalar com mínimas ou sem alterações neurológicas.

Nessa mesma direção, enfatiza-se que os cuidados pós-RCP devem ser extremamente organizados e viabilizados por meio de programas de capacitação multidisciplinar, recursos tecnológicos ou transferência do paciente para hospital de alta complexidade equipado, objetivando otimizar a função hemodinâmica, neurológica e metabólica, melhorar o prognóstico bem como a qualidade da sobrevida do paciente.³

A partir da abordagem unificada entre os cuidados médicos, de enfermagem – desta principalmente no momento da prestação de cuidados intensivos¹⁰ –, psicológicos e outros, será possível estabelecer um plano de cuidados não apenas multiprofissional afim de um bem comum – que é a recuperação do paciente em sua totalidade –, mas também será possível promover uma assistência mais humana, alicerçada sob a deontologia própria de cada profissional envolvido na assistência.

De acordo com as Diretrizes 2010,² este plano de cuidados deve abarcar: hipotermia terapêutica, monitoramento da saturação arterial da oxihemoglobina (para manutenção de concentração mínima necessária à obtenção de saturação \geq a 94%, evitando-se hiperóxia); utilização de capnografia quantitativa para confirmar posicionamento do tubo traqueal e monitorar a qualidade da RCP; identificação e tratamento de síndromes coronarianas agudas (através de angiografia coronariana e reperfusão interventiva); previsão, tratamento e prevenção de disfunção múltipla de órgãos (com monitoração do paciente realizada por equipe experiente); reconhecimento precoce de distúrbios neurológicos (como a convulsão) por meio do controle da temperatura, otimizando a recuperação neurológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ciência da ressuscitação e do atendimento cardiovascular de emergência avança vertiginosamente; da mesma forma todos os anos, meses e – até mesmo dias – mais e mais experiências são vivenciadas por profissionais do mundo inteiro. Nesse contexto, as atuais diretrizes para RCP e ACE buscam, em sua terceira edição,¹ subsidiar todos os profissionais habilitados e, em especial, os não habilitados, no que se refere ao atendimento de alta qualidade, dispensado com base em recomendações validadas por especialistas renomados internacionalmente. O enfermeiro – e todo profissional de saúde – deve estar em busca do “aprimoramento através da educação permanente”⁵ para que, por conseguinte, promova a dissipação do conhecimento em cursos, capacitações ou palestras. Desta maneira, a equipe multidisciplinar, bem como estudiosos da saúde, em geral, estarão contribuindo significativamente para que mais vidas sejam salvas.¹²

Assim nascem as Diretrizes 2010,² para fortalecer a ideia de assistência qualificada, apresentando um novo modelo ideológico a partir do conhecimento. Além disso, a preconização do algoritmo simplificado de SBV busca desmistificar a ideia de que a assistência imediata deve ser realizada somente por profissional de saúde. Esta ainda surge com o intuito de encorajar socorristas leigos a iniciar as manobras de RCP tão logo se depare com situação que exija tal ação, o que resultará em melhoria do índice de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

1. Timerman S, Gonzales MMC, Ramires JAF, Quilici AP, Lopes RD, Lopes AC. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. Rev Bras Clin Méd. [Internet] 2010 [acesso em 02 dez. 2011]; 8(3):228-37. Disponível em: <http://www.clinicamedicaonline.com.br/Revista%20Electronica%20ed%201%102010.pdf>.
2. Field JM, Hazinski MF, Sayre M, Vanden TL, Link MS, Morrison LJ, et al. Part 1 Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. [Internet] 2010 [acesso em 08 mar. 2012]; 122(18Suppl.3):S640-56. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S640.full.pdf.
3. American Heart Association (AHA). Guidelines CPR. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2010. [acesso em 10 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.slideshare.net/viegasclaudio/guideline-aha-2010>.
4. Harsoor SS. Cardio pulmonary resuscitation 2010: improve the quality of care. Indian J Anaesth. [Internet] 2010 [acesso em 10 mar. 2012]; 54(2):91-4. Disponível em: http://www.ijaweb.org/temp/IndianJAnaesth54291-4244741_114727.pdf.
5. Graça TD, Valadares GV. O (re)agir da enfermagem diante da parada cardiopulmonar: um desafio no cotidiano. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet] 2008 [acesso em 02 dez. 2011]; 12(3):411-6. Disponível em: http://www.ean.ufrj.br/revista_enf/20083/artigo%201.pdf.
6. Khalid U, Juma AAM. Paradigm shift: 'ABC' to 'CAB' for cardiac arrests. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. [Internet] 2010 [acesso em 11 mar. 2012]; 18:59. Disponível em: <http://www.sjtrem.com/content/18/1/59>.
7. Chadha IA. Neonatal resuscitation: current issues. Indian J Anaesth. [Internet] 2010 [acesso em 10 mar. 2012]; 54(5):428-38. Disponível em: http://www.ijaweb.org/temp/IndianJAnaesth545428-4655579_125555.pdf.

8. Dabrowska A, Telec W. [New guidelines of Basic and Advanced Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) American Heart Association (AHA)]. Wiad Lek. [Internet] 2011 [acesso em 11 mar. 2012]; 64(4):127-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22026279>.
9. Miyake Y. [The impact of 2010 international consensus on CPR and ECC science with treatment recommendations on Japan]. Nihon Rinsho. [Internet] 2011 [acesso em 11 mar. 2012]; 69(4):589-97.
10. Dalri MCB, Araújo IEM, Silveira RCCP, Canini SRMS, Cyrillo RMZ. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Rev Latino-am Enferm. [Internet] 2008 [acesso em 10 mar. 2012]; 16(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf.
11. National Safety Council (NSC). Novas Diretrizes RCP 2010 [Internet]. Bragança Paulista: RTI; 2010 [acesso em 10 mar. 2012]. Disponível em: http://www.rtibrasil.com/pictures/arquivo_858.pdf.
12. Mancini ME. Working together, nurses can make a difference in resuscitation outcomes: an update on the American Heart Association's 2010 guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Japan J Nurs Sci. [Internet] 2011 [acesso em 10 mar. 2012]; 8(1):7-10. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2011.00183.x/abstract>.



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

Diretoria

*Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.*